

Биполярное аффективное расстройство (Маниакально- депрессивный психоз)



Выполнила студентка 4 курса 27 группы Бабанина Анна

- **Биполярное аффективное расстройство** (сокр. БАР; ранее — маниакально-депрессивный психоз, МДП) — эндогенное психическое заболевание, которое проявляется в виде *аффективных состояний* — маниакальных (или гипоманиакальных) и депрессивных, а иногда и *смешанных состояний*, при которых у больного наблюдаются быстрая смена симптомов мании (гипомании) и депрессии, либо симптомы депрессии и мании одновременно (например, тоска со взвинченностью, беспокойством либо эйфория с заторможенностью — так называемая *непродуктивная мания* — или другие). Возможны многообразные варианты «смешанных» состояний

*Эта болезнь имеет **два пика** возникновения:*

- 1. Первый пик- возраст 20-30 лет*
- 2. Второй пик – период климакса, инволюции.*

Чаще болеют женщины, что показывает, что у женщин психические заболевания протекают несколько легче. Соотношение между мужчинами и женщинами 1 к 3



Можно выделить следующие варианты течения БАР:

- униполярные:
 - периодическая мания
 - периодическая депрессия
- правильно-перемежающийся тип течения
- неправильно-перемежающийся тип течения



- Эту болезнь удалось изучить в процессе лечения. Эмпирически удалось открыть препараты уменьшающие депрессию – **антидепрессанты**. При этом было обнаружено что антидепрессанты, в основе своего механизма действия имеют влияние на **нейромедиаторы**. При депрессивных фазах – мало **серотонина** и **норадреналина**.



ЖИЗНЬ ПРЕКРАСНА

если правильно подобрать антидепрессанты

- Это заболевание глубоко биологическое, а то что мы видим в ощущениях больного, в его переживаниях – это только лишь психологическая окраска, тех биологических изменений , которые происходят в организме. Примером тому – в природе есть аналоги МДП – спячка у животных (медведи, ежики и др.)
- *если медведя обследовать во время спячки, то у него биохимические и физиологические показатели будут соответствовать тому что есть у человека – депрессии, у него нет психологической психики и он спит.*



ДЕПРЕССИВНАЯ ФАЗА

Э. Крепеллин выделил триаду (триада Крепеллина) симптомов:

- ПАТОЛОГИЧЕСКИ ПОНИЖЕННОЕ, ТОСКЛИВОЕ НАСТРОЕНИЕ,
- ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКАЯ,
- ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ ФИЗИЧЕСКАЯ.



Сниженное настроение имеет тенденцию улучшаться к вечеру – типичные, суточные колебания: с утра чувствует хуже, и вечером ему чуть лучше.

- большое значение в диагностике депрессивных расстройств имеет соматическая и вегетативная симптоматика, и зачастую она выходит на первое место (*акроцианоз, влажные руки*). Депрессивные больные не плачут, они даже говорят, что им бы хотелось поплакать, но не могут – “у меня нет слез”. И первые слезы у депрессивных больных – это всегда признак улучшения (это надо объяснить родственникам). Депрессивному больному легче одному, а не в обществе. Такие больные легче себя чувствуют лежа, и ничем не занимаясь – любое напряжение вызывает ухудшение состояния.



Так же часто встречается **меланхолический синдром** меньшей выраженности – *анергическая депрессия*. Здесь нужна тщательная дифференциальная диагностика от невротических состояний. Человек, устроен так, что он пытается все объяснить: “наверно я устал, я же много работал, конфликтовал с женой и т.д.”. Настроение то же снижено, но не в столь большой степени, может быть предсердечная тоска. Человек понимает, что надо жить, надо что-то делать, но не может.

- **Тревожно-депрессивный синдром:** при этом синдроме появляется чувство **тревоги**. Эти больные даже отличаются внешне, от меланхолических больных: в облике, в выражении лица заметно чувство тревоги – напряженное лицо, блестящие глаза, тревожный взгляд (немигающий). Если больные с тоскливой депрессией в беседе с врачом раскрываются полностью, то тревожный больной придет, сядет и замрет в ожидании.



- **Депрессивно-деперсонализационный синдром.**

Здесь к депрессию просоединяются явления деперсонализации. Например, *аллопсихическая деперсонализация* – “я стал черствым человеком, у меня отсутствуют всяческие чувства, меня ничто не может обрадовать или опечалить, у меня нет никаких эмоциональных отношений по отношению к людям, природе, у меня нет никаких чувств, я живу только умом. Я знаю , что я тебя люблю, но знаю , что только умом”. *Соматопсихическая деперсонализация* – нет чувства голода, насыщения, вкуса пищи, нет позывов на мочеиспускание, дефекацию, утрачена болевая



МАНИАКАЛЬНАЯ ФАЗА

- Крепеллин также описал маниакальную триаду:
 - болезненно приподнятое настроение
 - психическое возбуждение
 - физическое возбуждение.



Для маниакального синдрома также характерно, но проявляется не всегда:

- усиление инстинктивной деятельности (повышение аппетита, сексуальности, усиление самозащитных тенденций),
- повышенная отвлекаемость, переоценка собственной личности (достигающая иногда бредовых идей величия).



- **Гневливая мания.** Она чаще бывает у людей, у которых имеются сосудистые нарушения, последствия черепно-мозговой травмы, или у человека, у которого маниакальные состояния наблюдаются на протяжении многих лет. Все то же самое, но такие больные легко приходят в раздражение – у них проявляется эмоциональная лабильность. Есть идеи переоценки. Поступает такой в больницу, где есть ограничения – из палаты не выходить, за собой со стола убрать и т.д. – что приводит больного в раздражение.



- Иногда в течение МДП могут наблюдаться смешанные фазы – имеют проявления и мании и депрессии. Чаще всего это бывает на переходе маниакального состояния в депрессивное и наоборот. *Например, больная лежит с депрессивной маской на лице, а когда говоришь то она быстро и активно начинает говорить.* Бывает маниакальный ступор – маниакальное настроение при полной обездвиженности – сидит больной в состоянии полного блаженства.

Спасибо за внимание!

